Aus der Universitäts-Frauenklinik Düsseldorf

Direktor: Prof. Dr. L. Beck

ERFAHRUNGEN MIT DER VECCHIETTI-METHODE BEI DER APLASIA VAGINALIS

DISSERTATION

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Angelika Baumeister-Lösse

1984

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543905_0056

Aus der Universitäts-Frauenklinik Düsseldorf

Direktor: Prof. Dr. L. Beck

ERFAHRUNGEN MIT DER VECCHIETTI-METHODE BEI DER APLASIA VAGINALIS

DISSERTATION

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Angelika Baumeister-Lösse

1984

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf
gez.: Prof. Dr. A. Hopf

Referent
gez.: Prof. Dr. H.G. Bender
Korreferent
gez.: Priv.-Doz. Dr. G. Freundl

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

1. Einleitung	Seite 1
2. Patienten	Seite 2
3. Methode	Seite 3
4. Ergebnisse	Seite 6
5. Diskussion	Seite 12
Schrifttum	Seite 17

1. EINLEITUNG

Das Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom stellt mit einer Inzidenz von 1 auf etwa 5.000 weibliche Neugeborene (13, 17) ein vergleichsweise seltenes Krankheitsbild dar. Für die betroffene Patientin verbinden sich jedoch mit der Diagnose zahlreiche Probleme, wie psychische Schwierigkeiten im gynäkologischen Bereich, nicht therapierbare Sterilität und die Unfähigkeit zur Kohabitation. Die chromosomal (1) wie gonadal weiblichen Individuen weisen bei normaler Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale schwere Hemmungs-Fehlbildungen des inneren Genitale auf. Typischerweise ist das äußere Genitale unauffällig, während Introitus und Vagina fehlen. Es bestehen rudimentäre Uterusanlagen, entweder in Form solider Uterushörner, von denen hypoplastische Tuben abgehen oder eines querverlaufenden Gewebestranges mit zentraler Gewebeverdickung an der sonst für den Uterus typischen Stelle. Die Eierstöcke liegen an ihrem üblichen Platz, sind jedoch zuweilen hypoplastisch oder zystisch verändert. Störungen in der Embryonalentwicklung mit ausbleibender Differenzierung des Müllerschen Gangsystems, wobei das H-Y Antigen und der Müllerian-Inhibiting-Faktor (MIF) eine entscheidende Rolle spielen, sind als Ursachen dieses Krankheitsbildes anzusehen (7, 11). Ähnliche Probleme findet man bei der testikulären Feminisierung. Hier ist die in ihrer Länge stark variierende, blind endende Vagina mitunter so kurz angelegt, daß

ebenfalls eine Unfähigkeit zu Kohabitationen besteht. Wir berichten in vorliegender Arbeit über unsere Ergebnisse bei Verwendung der Vecchietti-Technik zur Bildung einer Neovagina, die wir seit 1981 angewandt haben.

2. PATIENTEN

10 Patientinnen im Alter von 15 bis 21 Jahren (im Mittel 17 Jahre und 9 Monate) wurden von Juni 1981 bis zum April 1983 operativ behandelt. Bei 8 Patientinnen war ein Rokitansky-Küster-Syndrom diagnostiziert worden, in einem Fall handelte es sich um eine testikuläre Feminisierung. Bei einer weiteren Patientin ließ sich nur einseitig eine strangförmige Ovarialanlage nachweisen, die Anlage der anderen Seite fehlte, ein Uterus war nicht erkennbar. Alle Patientinnen waren präoperativ laparoskopiert worden. Ebenfalls war mittels intravenöser Gabe von Kontrastmittel (Conray 70) ein Pyelogramm angefertigt worden, entsprechend der gehäuften Kombination genitaler Hemmungsmißbildungen und Mißbildungen der ableitenden Harnwege (1, 4, 11). In unserem Patientengut fanden wir 2 Fälle mit einseitiger Nierenaplasie, einmal kombiniert mit einer Beckenniere, im zweiten Fall zeigte sich eine Verplumpung des Nierenbeckens der vorhandenen Niere. In einem dritten Fall bestand einseitig eine Schrumpfniere.

Das äußere Genitale war bei allen Patientinnen unauffällig, bei acht war anstelle des Introitus nur eine 1/2 bis 1 cm tiefe Vaginalgrube zu tasten, in zwei weiteren Fällen hatte die Vaginalgrube eine Länge von 3 Zentimetern.
Im übrigen waren die Patientinnen gesund und suchten uns wegen ihres Wunsches nach einer kohabitationsfähigen Scheide zur Operation auf.

3. METHODEN

Die Operation führen wir nach persönlicher Information (11) in weitgehender Obereinstimmung mit der von VECCHIETTI 1970 (30) beschriebenen Technik durch.
Folgende Instrumente werden benötigt (Abb. 1): 2 als Spieße geformte Fadenträger, ein gerader von 30 cm Länge und ein gebogener Fadenträger. Fernerhin eine Kunststoffolive (2 cm Durchmesser), die mit einem nicht resorbierbaren Faden ausgerüstet ist. Zur Nachbehandlung werden Gummiphantome von 2 und 3 cm Durchmesser verwandt.
Für die Operation wird ein Foley-Katheter in die Harnblase eingelegt. Das Abdomen wird über einen 10 bis 12 cm langen Pfannenstielschnitt eröffnet, wobei die lateralen Ränder der Musculi recti dargestellt werden. Nach Eröffnen der Bauchhöhle wird das Periteonum am Obergang von der Harnblase zum Rektum mit einer Klemme

Abb. 1 Gerader und gebogener Spieß und Olive

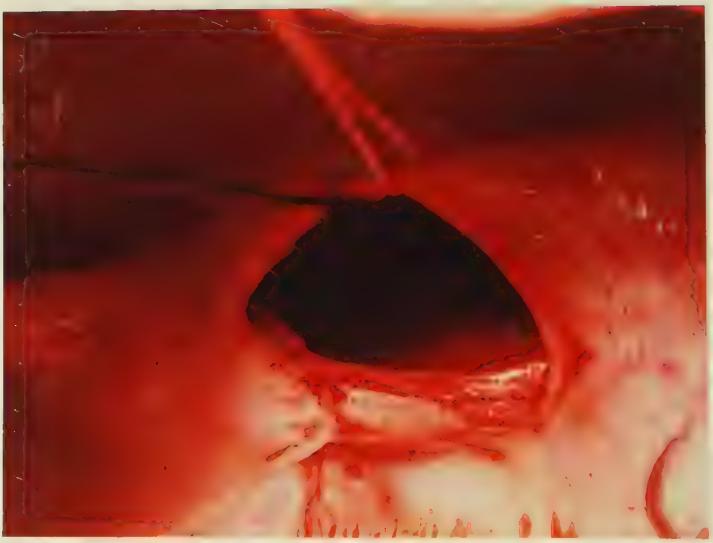

Abb. 2 Gespaltenes Peritoneum am Obergang von Harnblase zum Rektum

gefaßt und über 2 cm gespalten. (Abb. 2). Von diesem Spalt aus wird teils stumpf, teils scharf ein Kanal in dem zwischen Blase, Urethra und Rektum gelegenen Bindegewebe gebildet. Den geraden Fadenträger führt man nun von abdominal her in den Kanal auf die perineale Grube zu. Unter externer Kontrolle vom Grübchen und vom Rektum her stößt man den Spieß im Bereich der Grube durch die Perinealhaut, fädelt die Fäden der Olive in das Öhr des Spießes und zieht diesen in die Bauchhöhle zurück. Dabei ist auf äußerst steriles Vorgehen zu achten. Die Fäden werden nun soweit angezogen, daß die Olive in die Vaginalgrube zu liegen kommt (Abb. 3).

Zur extraperitonealen Ausleitung der Fäden wird der gebogene Spieß lateral des Musculus rectus und der Vasa epigastrica eingestochen und unter dem parietalen und dem Blasenperitoneum kaudal vom Ligamentum rotundum vorgeschoben bis zur Inzision des Blasenperitoneums (Abb. 4). Hier wird einer der Fäden der Olive eingefädelt und extraperitoneal ausgeleitet. Der Faden wird so durch die Bauchdecken geführt, daß er etwa einen Zentimeter oberhalb und lateral des Hautschnittes austritt (Abb. 5). In gleicher Weise wird auf der anderen Seite vorgegangen. Nach Verschluß der Inzision des Blasenperitoneums und der Bauchdecken wird der Spannapparat (Abb. 6) auf die Bauchdecke gelegt und seine Federn mit den Fäden verbunden. Die Fäden spannt man nun so stark an, daß die Olive noch 1 cm von der Introitus-Haut abgehoben werden kann.

Durch progressiven Zug an der Olive wird die Neovagina verlängert [aus Vecchietti (1979)]

Abb. 3 Durch progressiven Zug an der Olive wird die Neovagina verlängert (aus VECCHIETTI, 1979)

Abb. 4 Gebogener Spieß retroperitoneal vorgeschoben, um einen Faden der Olive auszuführen

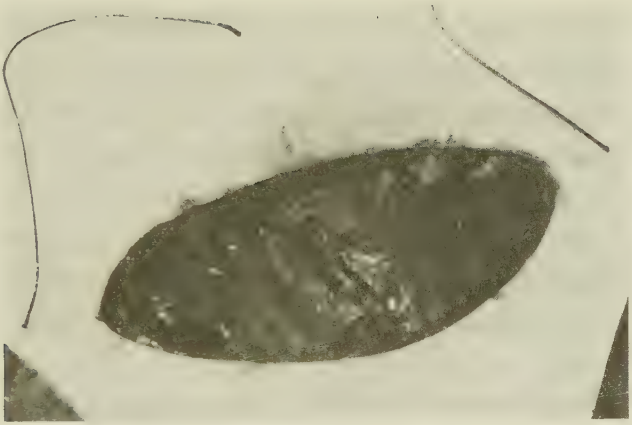

Abb. 5 Die ausgeleiteten Fäden, jeweils 1 cm entfernt vom Wundwinkel

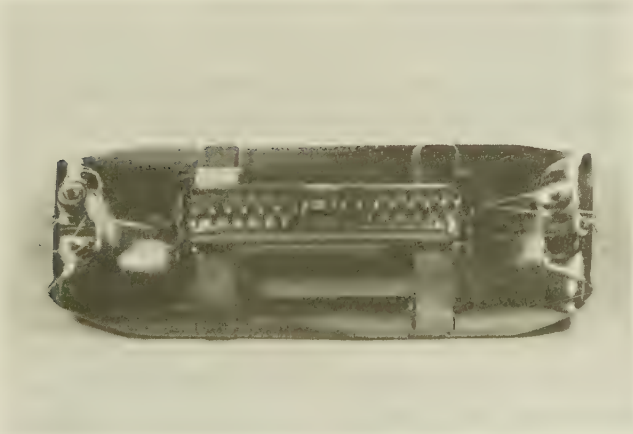

Abb. 6 Der Spannapparat

Das Belassen eines urethralen Blasenkatheters ist wichtig, auch wenn Harnwegsinfekte durch diese Form der Ableitung (verglichen mit der suprapubischen Harnableitung) begünstigt werden, da sonst durch den Zug der Olive die Urethralmündung in die Vagina hineingezogen werden kann. Der Katheter bleibt für die Zeit des Olivenzuges und der ersten Tage nach der Phantombehandlung liegen, bis die Patientin gelernt hat, das Phantom selbständig zu wechseln.

In der ersten postoperativen Phase, in die die Formierung der Vagina fällt, werden die Fäden der Olive alle zwei Tage nachgespannt, bis eine Vaginallänge von etwa 10 cm erreicht ist. Die Olive zieht bei ihrer Wanderung Epithel vom Vaginalgrübchen in das Vaginalrohr hinein, so daß eine weitgehend primär überhäutete Scheide entsteht. An der Kuppel des Scheidenblindsackes kommt es zu einer mäßigen Drucknekrose mit lokal entzündlichen Prozessen, die entlang den kranialwärts verlaufenden Fäden aufsteigen können. Wir haben deshalb und wegen des urethralen Katheters postoperativ eine prophylaktische Gabe von Mezlocillin eingeführt. Nachdem die Olive den schmalen Levatorspalt passiert hat, legen sich die Levatorschenkel wieder so eng aneinander, daß ein Ertasten der Olive von der bereits gebildeten Vagina her nur noch unter erheblichen Schmerzen für die Patientin möglich ist. Die weiteren Kontrollen

erfolgen rektal.
Wegen der genannten Schmerzen ziehen wir es vor, die Olive in einer Hypnomidate-Kurznarkose zu entfernen, da sie beim Zurückziehen erneut den Levatorspalt passieren muß. In gleicher Narkose legen wir ein Phantom von 3 cm Durchmesser ein. In den folgenden Tagen verstreichen die Levatorwülste, so daß ein schmales, glattes Rohr entsteht, das mit entsprechend breiten Phantomen weiter aufgedehnt wird.
Nach Erlernen des Phantomwechsels können die Patientinnen aus der stationären Behandlung entlassen werden.

4. ERGEBNISSE

Die Operation verlief bei allen Patientinnen ohne Komplikationen. In einem Fall erschwerte eine sehr tief gelegene Beckenniere die retroperitoneale Ausleitung des Spannfadens. In einem weiteren Fall lag der gerade Spieß bei der rektalen Kontrolle sehr tief der Rektumwand an und wurde daraufhin nochmals weiter ventral durch den vesiko-rektalen Raum geführt. Zu einer Verletzung von Harnblase,

Urethra und Rektum kam es in keinem der Fälle. Der Blutverlust war gering, beurteilt nach den prä- und postoperativ durchgeführten Hb-Kontrollen. Der Hämoglobinwert sank im Mittel um 0,9 g% (0,2 g% bis 1,7 g%) ab.

Die postoperative Behandlung umfaßte zwei Abschnitte, wobei zunächst mittels Anspannen der Olive - im Mittel 11,4 Tage (9 - 16 Tage) - die Vagina präformiert wurde und im zweiten Abschnitt mit Hilfe von Phantomen das noch schlanke Vaginalrohr aufgedehnt wurde.
Der postoperative Verlauf war weitgehend komplikationslos. Wir beobachteten in drei Fällen einen einmaligen Temperaturanstieg am ersten Tag nach der Laparotomie bis 38° C. Ebenfalls zeigten die Leukozyten einen kurzfristigen Anstieg auf im Mittel 11.200. In einem Fall stellten sich rezidivierende Temperaturen bis 40° C ein sowie eine Leukozytose von 23.000, so daß eine breite antibiotische Abdeckung erfolgen mußte. Auch am zweiten und dritten Tag nach Entfernung der Olive wurde in drei Fällen ein eintägiger Temperaturanstieg beobachtet. In drei Fällen konnten trotz der prophylaktischen Antibiotikagaben Bakterien im Urin nachgewiesen werden. In einem Fall wurden zusätzlich Hefen und in einem weiteren nur Hefen nachgewiesen. Ebenfalls

wurden Hefen viermal im Bereich der Vagina nachgewiesen.

Bei Nachuntersuchungen über 6 bis 12 Monate war das Operationsergebnis bei 9 von 10 Patientinnen anatomisch und funktionell gut. (Abb. 7). In einem Fall war es zum Verkleben der Scheide gekommen, bei den anderen Patientinnen war eine Scheidenlänge von 7 bis 10 cm erreicht, wobei die Scheide für zwei Finger gut eingängig war. Durchschnittlich 2 bis 3 Wochen nach der Krankenhausentlassung und nach Sistieren des Fluors konnten die Patientinnen mit Kohabitationen beginnen. Einige gaben wohl als Folge einer noch nicht vollständigen Dehnung des Scheideneinganges bei der Immissio penis an. Dabei spielt jedoch auch eine psychische Hemmschwelle eine Rolle. Das Operationsergebnis, das wir zwischen 6 und 12 Monaten beobachteten, blieb ohne Ausbildung von Strikturen oder Schrumpfungen erhalten.

Bei einer Patientin war bei Entfernung der Olive der vaginale Haltefaden gerissen. Die Olive verblieb im oberen Vaginalabschnitt. Der Widerstand der Levatoren mußte mittels Instrumenten überwunden werden und die Olive mit einer Faßzange ergriffen und entfernt werden.
19 Tage nach der Operation kam es zu starken Schmerzen im Bereich des Os sacrum. Im oberen Drittel der

Vagina zeigte sich ein Kanal, der nach unten hinten der neugebildeten Vagina anlag. Offensichtlich war das Phantom entlang einer Via falsa eingelegt worden, die durch die Manipulationen bei Entfernung der Olive vorgebildet worden war. Eine Peritonitis mit septischen Temperaturen machte eine zweite Laparotomie notwendig. Postoperativ mußten wir die Phantombehandlung für mehrere Tage aussetzen. Dennoch war das funktionelle Ergebnis am Ende gut.
Bis zu diesem Zeitpunkt haben wir die Olive ohne Narkose, seither in Narkose entfernt.

Abb. 7 Neovagina 10 Monate nach der Operation

Medizinhistorische Übersicht über Methoden zur Bildung einer Neovagina

JAHR	OPERATEUR	METHODE
1817	Dupuytren (4)	einfache Tunnelbildung ohne Deckung der Wundflächen
1872	Heppner (4)	freies Hauttransplantat
1892	Sneguireff	Rektum
1893	Küstner (21)	gestielter Hautlappen
1897	Ott, D.O. (russ. Gynäkologe)	Peritonealscheide
1900	Beck (4)	gestielte Oberschenkelhaut
1904	Baldwin	Ileum (Doppelschlinge)
1904	Jewett	Labialhaut als Transplantat
1910	Mori	Ileum (eine Schlinge)
1911	Schubert	Rektum
1915	Flynn and Duckett (4)	freie Hauttransplantate aus dem äußeren Genitalbereich
1930	Kirschner und Wagner (4/21)	Thier'sche Spalthautlappen
1933	Ksido, M.G. (russ. Gynäkologe)	Peritonealscheide
1934	Brindeau	Auskleidung des Vaginalrohres mit Eihäuten (21)
1935	Wells (4)	einfache Tunnelbildung (Einlegen von Jodoformgaze)
1938	Frank (10)	einfacher Druck (kein chirurgisches Vorgehen)
1938	Mc Indoe and Banister (24)	Thier'sche Spalthautlappen

JAHR	OPERATEUR	METHODE
1938	Wharton (4)	einfache Tunnelbildung Phantome aus Paraffin und Balsa-Holz
1947	Grossmann (21)	gestielter Hautlappen
1949	Bryan (27)	Rektum
1960	Shirodkar (27)	Sigmascheide
1969	Davydov S.N. (6)	Peritonealscheide (Douglasperitoneum) bis 1970 vaginales und abdominales Vorgehen ab 1970 nur vaginales Vorgehen
1970	Vecchietti	Fraktionsmethode
1971	Bruck (3)	umgedrehte Dermislappen (Vollhautlappen)
1973	Lang N. (20/21)	Maschentransplantat
1974	Friedberg (12)	Peritonealscheide (vaginales und abdominales Vorgehen)
1980	Novak F. (26)	Sigma-Scheide
1982	Beller F.K. (32) Wagner H.	Lyodura (Dura mater cerebri)

5. DISKUSSION

Die vorangehende chronologische Auflistung der verschiedenen Operationsverfahren und ihrer Modifikationen zeigt das jahrzehntelange Bemühen, Frauen mit Vaginalaplasie mit verschiedenen Techniken eine adäquate Scheide zu schaffen. Von der modernen Medizin aus gesehen, mit der großen Zahl zur Verfügung stehender Antibiotika, mag mancher Eingriff früherer Jahre als heroisch erscheinen. Aus der psychosozialen Situation der Patientin ist jedoch die Inkaufnahme des teilweise hohen Risikos verständlich.

Für die betroffenen Frauen, die in der Regel eine normale Libido aufweisen (28, 33), kann sich das psychische Erleben nicht adäquat im physischen Erleben fortsetzen, eine körperliche Erfüllung bleibt zwangsläufig versagt. Darüber hinaus ist die Scheide fest in das Körperbild integriert, so daß ein Fehlen als ernster Defekt empfunden wird, auch wenn kein Wunsch nach Kohabitationen besteht (19). Somit ist mit der Diagnose-Mitteilung zunächst ein unvermeidliches Trauma verbunden (15). Die verlorene Intaktheit des Körperbildes führt zu Minderwertigkeitsgefühlen und zu Zweifeln, der Rolle als Frau je gerecht werden zu können; reaktive Depressionen bis hin zu Suizidversuchen sind beobachtet worden (10, 19, 28).

Wurden bis in die fünfziger Jahre immer noch wieder Bedenken geäußert, ob eine Berechtigung zur Korrektur des Krankheitsbildes bestehe (33), so erscheinen die oben angeführten psychosozialen Belastungen ausreichend, eine Korrektur durchzuführen, für die es ein risikoarmes, möglichst wenig belastendes Verfahren zu finden gilt.

Diesen Anforderungen wird nach unseren bisherigen Erfahrungen die Vecchietti-Methode ausreichend gerecht. Einen großen Vorteil sehen wir in der kurzen Hospitalisierung von 14 Tagen bis maximal 3 Wochen und der relativ kurzen Nachbehandlung mit Phantomen (etwa 3 Wochen nach Entlassung aus stationärer Behandlung), soweit regelmäßige Kohabitationen aufgenommen werden. Die Handhabung des Phantoms ist von den Patientinnen schnell zu erlernen. Die anfänglichen Schmerzen beim Einführen, verursacht von den Levatorenschenkeln, gehen schnell zurück, so daß nach wenigen Tagen das Phantom schmerzfrei benutzt werden kann. Dies ist aus psychologischen Gründen wichtig, denn langwierige schmerzhafte Behandlungen mit entsprechender Entnahme, Säuberung und Wiedereinführung des Phantoms können Abneigung und Ekel mobilisieren (19). Die Erfahrung einer baldigen schmerzfreien Handhabung dagegen heben das Selbstgefühl (15) und stimmen die Patientin zuversichtlich gegenüber den ersten Kohabiationen. Diese werden von fast allen Patientinnen

2 bis 3 Wochen nach Entlassung aus der Klinik aufgenommen. Außer einigen, die in der ersten Zeit unangenehme Sensationen bei der Immissio penis angaben, berichteten alle über ein positives Erleben, dessen Wichtigkeit für die weitere psycho-sexuelle Entwicklung hoch anzusetzen ist (23, 25).
Eine Ausnahme machte eine Patientin, deren Partnerschaft kurz nach Entlassung aus der Klinik auseinanderging, woraufhin jegliches Interesse der Patientin am Operationsergebnis erlosch. Eine Phantombehandlung wurde nicht durchgeführt, und es kam zum weitgehenden Verkleben der Scheide.

Weitere Vorteile sehen wir darin, daß außer der kleinen Pfannenstielnarbe, die wir in die Schamhaargrenze legen, keine weiteren Narben entstehen. Demgegenüber bleibt bei allen Verfahren mit Dermis-Transplantaten ein mehr oder weniger großer Hautdefekt, der mitunter kosmetisch sehr unbefriedigend heilen kann (Keloidbildung oder störende Pigmentunterschiede zur Nachbarhaut). Auch muß bis zur Einheilung des Transplantates eine Immobilisierung mit entsprechender thrombembolischer Gefährdung in Kauf genommen werden, wohingegen die nach der Vecchietti-Methode operierten Patientinnen kurz nach der Operation auch bei liegendem Spannapparat mobilisiert werden können.

Entsprechend der sich in den letzten Jahrzehnten wandelnden Haltung der Gesellschaft gegenüber frühem und vorehelichem Sexualverkehr und daraus resultierendem geänderten Sexualverhalten der Jugend (16, 25), treten zunehmend jüngere Patientinnen mit der Bitte um Korrektur einer Vaginalaplasie an den Arzt heran. So handelte es sich auch bei unseren 10 Patientinnen um ein recht junges Kollektiv. Bis auf eine Patientin hatten alle Kontakt zu einem Partner aufgenommen, mit dem sie nun auch Verkehr haben wollten. Eine feste Bindung im Sinne einer Ehe bestand nicht. Konnten wir uns in den präoperativen Gesprächen von der Motivation und der Einsicht in den operativen und postoperativen Verlauf überzeugen, haben wir den von der Patientin für die Korrektur gewählten Zeitpunkt akzeptiert (9, 19, 29).

Wir sehen in der Vecchietti-Operation ein leicht durchführbares, für die Patientin mit geringer Belastung einhergehendes Verfahren. Sicherlich besteht gegenüber einem rein vaginalen Vorgehen das Risiko eines kleinen abdominalen Eingriffs. Auch können durch nicht ganz korrekte Handhabung des Materials Komplikationen entstehen und Zweiteingriffe nötig werden. (Ein eigener Fall wurde berichtet, H. JANISCH (18) berichtet über ein ähnliches Vorkommen.) Als entscheidender Faktor für den Erfolg einer Vaginalplastik wird von fast allen Autoren)9, 22) die prä- und

postoperative Betreuung und Führung der Patientin gesehen. Ein Korrekturverfahren mit kurzer Nachbehandlung, früher Mobilisierbarkeit in der Klinik und guten Spätergebnissen (2, 31) stellt jedoch eine große Erleichterung in der Betreuung dar.

Literaturverzeichnis

1) AZOURY, R.S.; Jones, H.W.: Cytogenetic findings in patients with congenital absence of the vagina. Am. J. Obstet. Gynec. 1966, 178-180

2) BORRUTO, F.: Sexualität nach operierter Vaginalaplasie. Sexualmedizin 11 (1982) 476-477

3) BRUCK, H.G.; Gitsch, E.;Husslein, H.: Scheidenplastik bei Aplasia vaginae mittels umgedrehter Dermislappen. Geburtsh. u. Frauenheilk. 31 (1971)409-415

4) BRYAN, A.L.; Nigro, J.A. and Counseller, V.S.: One hundred cases of congenital absence of the vagina. Surg. Gynec. Obst. 88 (1949) 79

5) CALI, R.W.; Pratt, J.H.: Congenital absence of the vagina. Am. J. Obst. Gynec. (1968) 752-763

6) DAVYDOV, S.N.: 12 Jahre Erfahrung mit der Kolpopoesis unter Verwendung von Peritoneum. Gynäkologe 13 (1980) 120/121

7) ENGEL, W.; Pfäffling, F.; Wiedeking, C.; Epplen, J.Th.: H-Y Antigen, Gonadendetermination, Geschlechtsdifferenzierung Sexualmedizin 11 (1980) 448

8) EVANS, T.N.: The artificial vagina. Am. J. Obstet. Gynecol. 944 (1967) 944-951

9) EVANS, T.N.; Poland,M.L., Boving, R.L.: Vaginal malformations. Am. J. Obstet. Gynecol. 141 (1981) 910-920

10) FRANK, R.T.: The formation of an artificial vagina without operation. Am. J. Obstet. Gynecol. 35:1053, 1938

11) FREUNDL, G.; Beck, L.: Diagnose und operative Therapie von Störungen im Bereich des Ovidukts. I. Europäisches Symposium für Kinder- und Jugendynäkologie, 1982

12) FRIEDBERG, V.: Die Bildung einer künstlichen Vagina mittels Peritoneum. Geburtsh. u. Frauenheilk. 34 (1974) 719-723

13) HAUSER, G.A.; Schmid-Tannwald, J.: Gegenüberstellung von testikulärer Feminisierung und Mayer-Rokitansky-Küster-Syndrom. Geburtsh. u. Frauenheilk. 33 (1973) 194-198

14) HAUSER, G.A.; Schmid-Tannwald, J.: Deutung der "atypischen" Formen des Mayer-Rokitansky-Küster-Syndroms. Geburtsh. u. Frauenheilk. 37 (1977) 386-392

15) HECKER, B.R.; McGuire, L.S.: Psychosocial function in women treated for vaginal agenesis. Am. J. Obstet. Gynecol. (1977) 543-547

16) HUSSLEIN, A.: Jugend und Sexualität. Wissenschaftliche Information I.Europ. Symp. f. Kinder- u. Jugendgynäkologie (1982) 513

17) JACKSON, J.: The artificial vagina.
J. Obstet. Gynecol. 72 (1965) 336

18) JANISCH, H.; Riss, P.; Schieder, K.; Rognan, A.M.: Die Operation nach Vecchietti zur Bildung einer Neovagina: Technik und Ergebnisse.
Geburtsh. u. Frauenheilk. 1 (1984) 53-55

19) KAPLAN, E.H.: Congenital absence of vagina.
N.Y.St. J. Med. 68 (1968) 1937-1941

20) LANG, N.; Neef, J.; Blömer, A.: Die operative Behandlung der Aplasia vaginae mit Hilfe des Maschentransplantats.
Geburtsh. u. Frauenheilk.33(1973)560-563

21) LANG, N.: Operation zur Wiederherstellung der Funktion bei angeborenem oder erworbenem Verschluß oder Stenose der Vagina.
Gynäkologe 13 (1980) 123-129

22) LANGER, D.; Heidenreich, W.; Schildmann, J.: Psychosoziale Probleme bei jugendlichen Patientinnen mit Vaginalaplasie.
Geburtsh. u. Frauenheilk.36(1976)705-709

23) MASTERS, W.H.; Johnson, V.E.: The artificial vagina: anatomic, physiologic, psychosexual function.
West. J.Surg. Obst. Gynec. 192-212

24) McINDOE, A.H.: An operation for the cure of congenital absence of the vagina.
J. Obst. Gyn. Brit. Empire 1938, 45:490-494

25) MOLINSKI, H.; Hertz, D.G.: Psychosomatik der Frau.
Springer-Verlag 1980

26) NOVAK, F.: Die Verwendung von Kolon bei der chirurgischen Behandlung der Vaginalagenesie.
Gynäkologe 13 (1980) 122

27) RATNAM, S.S.; Rauff, M.: Funktionserhaltende Operationen bei Vaginalatresie.
Gynäkologe 13 (1980) 117

28) SMOLKA, H.: Die Indikationsstellung zur Anlegung einer künstlichen Scheide bei Aplasia vaginae aus psychologischer und soziologischer Sicht.
Geburtsh.u.Frauenheilk. (1962) 1187

29) ULFELDER, H.: Agenesis of the vagina.
Am. J. Obstet. Gynecol. 100
(1968) 745-751

30) VECCHIETTI, G.; Ardillo, L.: La sindrome di Rokitansky-Küster-Hauser. Fisioptologia e clinica Aplasia vaginale - Corni uteri rudimentalentali.
Società Editrice Universo, Roma
1970

31) VECCHIETTI, G.: Die Neovagina beim Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom.
Gynäkologe 13 (1980) 112

32) WAGNER, H.; F.K. Beller: Künstliche Scheide mittels Lyodura (Dura mater cerebri). Geburtsh. u. Frauenheilk. 42 (1982) 313

33) WORASCHK, H.-J.; Seifert, B.: Die psychosomatische Bedeutung der künstlichen Scheidenbildung beim Mayer-Rokitansky-Küster-Syndrom. Zbl. Gynäk. 96 (1974) 825-828

L E B E N S L A U F

Am 30 November 1952 wurde ich als einziges Kind des damaligen Studienreferendars Werner Baumeister und seiner Ehefrau Margarethe, geborene Vahlhaus zu Essen geboren. Ich bin römisch-katholischer Konfession.

Von Ostern 1959 bis Ostern 1963 besuchte ich die katholische Volksschule in Essen - Rellinghausen. Von Ostern 1963 bis zum 31. Januar 1968 besuchte ich das Neusprachliche Mädchengymnasium in Essen - Werden und vom 1. Februar 1968 bis zum 10. Mai 1971 das Musische Gymnasium für Mädchen und Jungen in Essen - Werden. Dort habe ich am 10. Mai 1971 die Reifeprüfung bestanden.

Ab November 1971 habe ich an der Universität Düsseldorf Medizin studiert und das Studium im April 1978 mit der ärztlichen Prüfung abgeschlossen.

Am 27. Juli 1978 erhielt ich die Approbation als Arzt.

Seit November 1978 arbeite ich als Assistenz-Ärztin an der Universitätsfrauenklinik Düsseldorf.